

Snažíme se zjistit lokalizaci bolesti (krční, hrudní, bederní úseky) a pátráme i po mechanismu, který vedl ke vzniku bolesti (např. pád na záda či nadměrný záklon při sportovní aktivitě). Často zjistíme pozvolný vznik obtíží a jejich vazbu na stresové situace a školní zátěž (delší sed ve škole může zhoršovat bolesti bederní páteře, sed s nadměrným předklonem hlavy může provokovat bolesti šíje, záhlaví i hlavy). Cíleně se dotazujeme na situace a faktory, které bolest zhoršují (fyzická aktivita, předklon, záklon, sed aj.) nebo naopak ulevují (klid, leh, antalgické držení těla). Dotazujeme se na frekvenci bolesti a její trvání. Rozhodně bychom měli být na pozoru u bolestí **s plíživým začátkem**, postupně se **akcentující**, a to zejména **v noci** (tumory). Cíleně se dotazujeme na iradiaci ke končetinám (kořenové syndromy), na celkové příznaky onemocnění, jako jsou sufebrilie či febrilie, větší únavnost, redukce hmotnosti, problémy s kontinencí. Ptáme se na výskyt psoriatické artritidy, ankylozující spondylitidy, pozitivitu HLA-B27 v rodině.

Bolest je subjektivním vyjádřením s různou mírou závažnosti. K určení lokalizace i intenzity bolesti lze použít nejrůznější škály a metody, které lze rozdělit na observační a sebehodnotící. Observační obsahují především behaviorální indikátory (křik, výraz obličeje, pohyby končetin, trhavé pohyby těla). Tyto behaviorální metody využíváme především u dětí do tří let, kde adekvátní komunikace a sebehodnocení není možné (6). U starších dětí se v praxi uplatňují sebehodnotící škály. Ve věkové kategorii 4–12 let lze použít metodu obrazové a grafické podoby Oucher. Jedná se o kombinaci výrazů dětského obličeje (pro menší děti) a škály s číselnými hodnotami (pro větší děti). U dětí adolescentního věku lze využít měřicí nástroje používané u dospělých. V praxi se jedná nejčastěji o vizuální analogovou škálu (VAS), kdy pacient označí na číselné úsečce místo, které nejvíce odpovídá jeho intenzitě prožívané bolesti.

## Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření se na naše pracovišti zaměřujeme nejprve na stereotyp chůze. Při chůzi je vhodné sledovat položení paty na podložku a tázat se rodičů, zda dítě nechodí často po špičkách, chůze často odhalí pato-

logie, na které se následně vyšetřující zaměří detailněji při statickém vyšetření, jako je stoj. Některé frustní formy DMO jsou, odhaleny až ve školním věku, kdy jsou Achillovy šlachy již zkráceny na úrovni pojivových tkání a je nutná korekční operace. Sledujeme, zda dítě zatěžuje obě dolní končetiny symetricky, zda je schopno chůze po špičkách, po patách, zde svede poskoky na jedné i obou dolních končetinách. Pokud dítě není schopno na jedné dolní končetině chůze po špičce či patě, pomyslíme na paretickou poruchu. Hodnotíme držení trupu při chůzi, zda je symetrické a vzpřímené, nebo zda dítě zaujímá antalgickou polohu (většinou předklon s nemožností plného napřímení). Pokud popsáné nevykazuje asymetrii či odchylky, je málo pravděpodobné, že se bude jednat o závažnou patologii.

Po vyšetření chůze následuje vyšetření stoje a dynamiky páteře. Vyšetřujeme, zda dítě symetricky zatěžuje obě dolní končetiny, zda pánev je v horizontálním postavení, zda trup není antalgicky ukloněn do strany či je přítomný předklon s nemožností napřímení. Při vyšetření dynamiky páteře sledujeme plynulost, rozsah pohybu všech úseků páteře do předklonu, záklonu, symetrii úklonů. S opatrností, zvláště pokud dítě udává propagaci bederní bolesti do dolní končetiny, vyšetřujeme rotace. Někdy u menších dětí nelze přesně vyšetřit dynamiku jednotlivých úseků páteře, proto se zaměřujeme na to, zda je dítě schopno zvednout předmět z podlahy, jakým způsobem dítě zaujímá polohu sedu nebo jak se samo dostává na vyšetřovací lehátko. Analyzujeme veškeré aktivity, které dítěti způsobují bolest.

Palpačně se zaměřujeme na algický úsek páteře, kde v případě patologie často zjišťujeme paravertebrální hypertonus. Neopomeneme vyšetřit hybnost kyčlí a jeho symetrii pohybu ve všech rovinách. Pozitivita napínacího manévru dle Lasegua podpoří podezření na kořenový problém. Součástí vyšetření by mělo být i palpační vyšetření břicha i oboustranný poklep beder (Tapottement), jehož pozitivita nás upozorní na možný problém v oblasti ledvin.

Etiologie bolestí zad dětí je multifaktoriální. Většinu případů bolesti zad dětí řadíme do skupiny tzv. **funkčních bolestí**, kdy za příčinou obtíží nestojí příčiny organické, ale většinou svalové dysbalance a dlouho-

dobé přetěžování. Příčinou těchto stavů je především špatný životní styl s hypokinézou (převážně ve složce habituální pohybové aktivity), spojený se statickým zatížením axiálního systému vsedě ve školní lavici, dále nadváha a obezita.

Velmi často u této kategorie dětských pacientů nacházíme celkově chabé držení těla, oslabení středu těla, zkrácení hamstringů, přetížení thorako-lumbálních vzpřimovačů páteře s fasciálním zkrácením. Jedním z možných rizikových faktorů pro vznik bolestí zad může být období růstového spurtu (u dívek kolem 11 roku, u chlapců kolem 12 roku věku), kdy obratlová těla rostou rychleji než přilehlé svaly, ligamenta a fascie s následně vzniklou svalovou nerovnováhou.

Nevhodně zvolená, obvykle jednostranná a asymetrická sportovní zátěž (lední hokej, tenis) může ohrozit mladého sportovce bolestmi v zádech, proto se na ni zaměřujeme v rámci preventivních prohlídek tělovýchovným lékařem. Nejvíce ohrožující jsou sportovní aktivity s častými záklony, předklony a rotacemi v bederní oblasti páteře (atletika, gymnastika). Tito sportovci mohou být ohroženi náhle vzniklým traumatem, ale i drobné repetitivní pohyby mohou vést k přetížení a vzniku bolestí v zádech v důsledku opakovaných mikrotraumat nebo chronického přetížení.

V rehabilitační ambulanci jsou děti s funkčními poruchami páteře jednou z nejčastějších diagnostických skupin. Bolesti funkčního rázu většinou odezní v průběhu dvou až čtyř týdnů, k jejich řešení postačí omezení pohybových aktivit, fyzikální terapie (termoterapie nebo analgetická elektroléčba). U této skupiny dětských pacientů je důležité zahájení kinezio-terapie s cílem nápravy svalových dysbalancí a korekce celkového držení těla. Je zásadní, aby po ukončení řízené rehabilitace dětský pacient pokračoval sám v pravidelném cvičení. Neřešení příčin potíží u této kategorie dětských pacientů představuje riziko zhoršení problémů v dospělém věku (5, 12).

## Nádory a infekce v oblasti páteře

V dětství se vyskytují benigní i maligní nádory páteře a míšního kanálu. Výskyt maligních tumorů páteře a kostí u dětí a adolescentů je zřídka (7, 8, 9). Jedná se většinou o osteosarkom, Ewingův sarkom,